Il Chirurgo ... collega ... omaggio ...

Chirurgia Ginecologica

SULL'INCISIONE

DELLA

CERVICE UTERINA

PEL DOTT.

F. DIONISIO

Seconda edizione con brevi aggiunte.

TORINO, 1879
TIPOGRAFIA VERCELLINO E COMP.
Via Doragrossa, num. 33.

Chirurgia Ginecologica

SULL'INCISIONE

DELLA

CERVICE UTERINA

PEL DOTT.

F. DIONISIO

Seconda edizione con brevi aggiunte.

TORINO, 1879
TIPOGRAFIA VERCELLINO E COMP.
Via Doragrossa, num. 33.

> Quiconque, dans le domaine de la science, croit avoir fait une observation utile, trouvé une idée nouvelle, doit à ses semblables d'apporter sa pierre à l'édifice grandiose auquel travaillent, depuis de nombreux siècles, tant de médecins consciencieux.
>
> (ROSART, Mémoire sur l'albuminurie et l'éclampsie puerpérales).

L' arte medica moderna, coll'applicare i procedimenti tratti dalle scienze fisiche, all' esplorazione diretta degli organi, apriva nuovi orizzonti all'investigazione diagnostica delle malattie, ed allargava singolarmente la sfera delle terapeutiche risorse.

Se non vi ha quasi branca della patologia, che non abbia ricevuto da questo progresso un nuovo ed efficace impulso, ciò è sopratutto evidente per la classe delle malattie uterine, dopo il perfezionamento dello *speculum* fatto dal Recamier, sul principio del corrente secolo, e la successiva scoperta degli altri mezzi di fisica esplorazione degli organi femminili.

Fra le malattie uterine poi, forse nissuna venne rischiarata maggiormente della *dismenorrea;* ossia quel disordine funzionale, così frequente, e talora anche così grave, che è sintomaticamente e più ge neralmente caratterizzato: dalla lentezza e difficoltà

dell'escrezione catameniale; dall'irregolarità del suo procedere; dai dolori spesso violentissimi che precedono od accompagnano il flusso sanguigno, limitati talvolta all'apparato utero-ovarico, e talora estesi ai lombi, alle coscie e verso altri apparati dell'organismo.

Benchè si debba tuttora ammettere l'esistenza di una dismenorrea puramente *nevralgica* o *simpatica*, sorta di *asylum ignorantiae* che serve ad abbracciare un certo numero di casi, dei quali non si può ancora determinare la vera condizione patologica; le nuove ricerche su questo argomento permettono ormai di affermare, che nel massimo numero dei casi, quando questo disordine funzionale non è il risultato dell'infiammazione e turgescenza della mucosa che riveste il canale cervicale, e lo restringe per tumefazione delle sue pareti, esso non è che l'espressione sintomatica di qualche anomalia organica più persistente e principalmente: retroflessione e retroversione uterina, anteflessione e anteversione; lateroversione; torsione uterina; tumori fibrosi nelle pareti dell'organo, sopratutto in corrispondenza del collo; polipi uterini; restringimenti del canale uterino e dei suoi orifizi, esterno od interno, *congeniti* od *acquisiti;* curvatura più o meno pronunciata del canale cervicale, sia al suo orifizio interno, al punto d'inserzione della vagina, sia lungo l'intiero suo decorso; finalmente dell'ipertrofia cronica, allungamento, conicità, e rigidità del collo uterino.

Come è agevole il comprendere, questi diversi stati organici, in maggiore o minor grado, in senso assoluto

o semplicemente relativo, tendono tutti a produrre la ritenzione menstrua, per azione meccanica, per ostruzione cioè delle vie naturali; cui conseguono ordinariamente: la congestione, l'aumento del volume, e l'infiammazione dell'utero, la quale, oltre al predisporre nei suoi primordi alla menorragia, produce la colica e lo spasmo uterino; effetti analoghi dal lato delle trombe falloppiane con tendenza alla loro dilatazione in corrispondenza del loro orifizio uterino; congestione, aumento di volume ed infiammazione delle ovaia, e quindi emorragia del padiglione, ematocele retro-uterina, pelviperitonite localizzata, con o senza aderenze; finalmente, quale risultato remoto, quando si tratta di ostruzione inveterata, per il fatto dell'infiammazione e dell'impedimento prolungato della funzione, l'atrofia dell'apparato utero-ovarico e la soppressione dei fenomeni menstrui.

Presso le donne maritate, altre conseguenze possono aggiungersi alle precedenti: la congestione e la infiammazione più accentuate del corpo dell'utero, una maggiore tendenza all'irritazione ovarica ed alla menorragia, la leucorrea con infiammazione acuta e cronica del collo, la vaginite, il vaginismo, la dispareunia, la sterilità, e nei casi di gravidanza, l'aborto o la distocia (1).

La ritenzione, l'accumulo menstruo, e quindi la dismenorrea, non sono sempre legate necessariamente, come osserva il Simpson, ad un restringimento

(1) R. Barnes. *Traité des maladies des femmes*, trad. de l'anglais par A. Cornes, 1876.

assoluto delle vie naturali; basta che esista una disproporzione tra la quantità del liquido secreto e la quantità che può uscire, in modo da cagionare una ritenzione.

A dimostrare la frequenza delle cause anatomiche e meccaniche nella dismenorrea, giovano singolarmente i seguenti dati, raccolti dal Marion Sims.

Su 250 donne maritate, senza prole, che egli prese ad esaminare, 129, più della metà, provarono al momento della mestruazione dei dolori anormali. Fra le 129, 100, ossia una sopra due e mezzo del numero totale, soffrivano di mestruazione semplicemente dolorosa; 29, ossia una sopra otto e sei decimi, avevano la mestruazione eccessivamente dolorosa, erano cioè dismenorroiche. Fra le 100, la cui mestruazione era soltanto dolorosa, 58 avevano l'utero in anteversione, o per meglio dire in anteflessione, 17 presentavano dei tumori fibrosi della parete anteriore dell'utero, 25 avevano questo organo in retroversione, e su questo ultimo numero 7 portavano tumori fibrosi della parete posteriore; 17 avevano la matrice in una posizione normale, una di esse aveva un tumore fibroso del fondo. Sopra 100 casi di mestruazione dolorosa, in 6 soltanto l'orifizio del collo era normale, troppo stretto 90 volte, e 4 volte anormale in un modo od in un altro. Nei 29 casi di mestruazione eccessivamente dolorosa, o di dismenorrea propriamente detta, l'orifizio non si è offerto una sola volta allo stato normale; 26 volte esso era troppo stretto, e 3 volte irregolare o deformato. Di questi 129 casi, 8 soltanto sembravano

dipendere dall'ingorgo o dalla congestione della membrana cervicale, complicata in alcuni di questi da curvatura del collo, o da produzioni fibrose.

Nella grande maggioranza dei fatti, aggiunge ancora il Sims, le donne che soffrono di dismenorrea, hanno l'orifizio uterino troppo stretto ed il canale cervicale ristretto o ricurvo. Talora questo orifizio può appena dare passaggio ad una testa d'un grosso spillo, oppure avere sufficiente larghezza da permettere l'introduzione d'una candeletta n. 4. In certi casi esso è sufficientemente largo, ma il canale può essere flesso in modo da formare una specie di valva, la quale impedisce la sortita al sangue menstruo. Se talora si trova il meato uterino piccolo ed il canale flesso senza che per questo le regole sieno dolorose, egli è che il collo elastico e molle non presenta alcun vestigio di indurimento. Nei 129 casi di mestruazione difficile, la posizione dell'utero era normale in 20 soltanto, mentre esso era in anteversione 81 volta (con 31 volta complicazione di tumori fibrosi nella parete anteriore) e 28 volte in retroversione (con 10 volte complicazioni di tumori fibrosi) (1).

Come appare, fra le varie cause anatomiche della dismenorrea, i restringimenti, le stenosi della cervice uterina e dei suoi orifizi, occupano certamente il primo posto. Essi ciò non di meno passarono quasi inosservati sino ad epoca assai recente; ed è ciò che spiega

(1) *Notes cliniqnes sur la Chirurgie utérine*, trad. de l'anglais par Lheritier 1866.

l'oscurità che tuttora regna tanto sulla loro sede più frequente, quanto sulla loro eziologia ed anatomia patologica.

Simpson credeva che il restringimento risiedesse di frequente all'orifizio interno e la sua opinione venne accettata da molti pratici dell'Inghilterra. Secondo le osservazioni però fatte dal H. Bennet, dal Boullard ed altri, questo restringimento sarebbe invece un fatto assai raro, ed in molte donne l'espressione d'una condizione affatto fisiologica; dovuta, per una parte all'azione dei fasci muscolari uterini propriamente detti, i quali, giunti all'istmo, si incurvano ed incrocicchiano per circondare colle loro fibre semicircolari questa porzione ristretta dell'organo della gestazione: per l'altra, alla imbricatura delle pieghe che formano *l'albero della vita*. La difficoltà che si prova talora ad introdurre la sonda uterina dipenderebbe dalla flessione eccessiva in corrispondenza di quest'orifizio.

Altri, fra i quali il Barnes, ritengono sede più comune delle stenosi l'orifizio esterno, dovuta principalmente alla piccolezza ed alla forma arrotondita dell'orifizio, parte alla forma allungata ed acuminata del collo alla sua porzione inferiore, parte ad una rigidità anormale del suo tessuto, la quale non gli permette di aprirsi come un collo sano.

Questo per quegli stringimenti che sono la conseguenza di condizioni organiche congenite.

In quanto a quelli che chiameremo *acquisiti*, Schröder assicura che il maggior numero riconosce per causa immediata una flemmasia della mucosa del collo,

seguìta da una rottura delle uova di Naboth, e svolgimento di bottoni carnosi, i quali, cicatrizzandosi stabiliscono un coalito fra le pareti del collo. Le cauterizzazioni intempestive, il parto e lo stato puerperale sarebbero anche cagione frequente degli stringimenti. Martin divide queste idee, e crede inoltre all'influenza della gravidanza, delle ulcerazioni che si incontrano nelle metriti catarrali, non che delle infiammazioni difteriche, quando fanno seguito al parto.

L'Eklund pensa che l'applicazione poco giudiziosa di caustici solidi, è la sola causa *frequente* degli stringimenti del collo; e volendone fissare una classificazione basata sull'anatomia patologica, li divide in *obliteranti*, *cicatriziali* e *callosi*.

I. *Restringimenti obliteranti*. Ne ammette due specie: 1° quelli che comprendono il canale cervicale in tutta la sua estensione (restringimenti adesivi propriamente detti); 2° quelli che non occupandone che una parte, bastano per renderlo completamente impermeabile.

1° *Restringimenti totali*. Förster ne osservò al seguito d'infiammazione, Rokitansky dopo la cicatrizzazione di vaste ulcerazioni. Holb crede che essi risultano da uno stato granuloso di tutta la cavità e dei suoi orifizi. L'Autore ne riporta anche un esempio, da obliterazione avvenuta in seguito a cicatrizzazione di ulcerazioni consecutive ad una metrite cronica.

2° *Restringimenti parziali*. In questa varietà gli orifizi e la cavità del corpo non sono punto, come nella precedente, completamente chiusi; il sangue menstruo e le secrezioni possono giungere al di fuori, ma è impossibile di penetrare sino alla cavità del corpo colle

sonde uterine. Eklund stabilisce qui una nuova suddivisione, e descrive successivamente i restringimenti parziali impermeabili ed i restringimenti parziali etmoidali.

a) Restringimenti parziali impermeabili. L'Autore ne cita uno determinato dalla cauterizzazione collo zinco-allume (solfato di allumina e di zinco?); l'utero era nello stesso tempo in anteflessione, ed il cateterismo uterino era impossibile.

b) Restringimenti parziali etmoidali. Questa denominazione serve a designare le briglie ed i sepimenti cicatriziali degli orifizi e della cavità dell' utero. Eklund l'ha scelta di preferenza perchè, secondo lui, le briglie cicatriziali moltiplicate formerebbero quasi una specie di filtro. Le cinque donne di cui riporta l' osservazione soffrivano appena di dismenorrea, ma erano tutte sterili.

II. *Restringimenti cicatriziali.* Si trovano ordinariamente al livello dell' orifizio esterno del collo. Nel caso osservato dall'Autore eravi tutto all'intorno un cerchio bianco lucente, perforato al suo centro da un foro appena visibile. Queste stenosi sono quasi sempre la conseguenza di cauterizzazioni energiche e malamente dirette.

III. *Restringimenti callosi.* Essi sono la conseguenza di flemmasie croniche ribelli, e comparabili agli stringimenti che si organizzano nell'uretra maschile dopo una blenorragia uretrale. Molte delle ammalate esaminate dall'Autore soffrivano di metriti croniche catarrali; ma quasi tutte essendo state curate con cilindri caustici, riesciva difficile sceverare la parte d'influenza

di ciascuna di queste cause. Questi stringimenti callosi sono *annulari*, *semi-annulari* o *diffusi*. L'Autore riferisce osservazioni relative a ciascuna di queste varietà, le quali non offrono però niente che meriti particolarmente d'essere notato (1).

La cura della dismenorrea era anticamente unicamente empirica, fatta con formole infinite e pratiche senza valore. Anche in epoca relativamente moderna vennero vantati vari rimedi: la tintura di guaiaco ammoniacale, il bicloruro di mercurio a piccole dosi, la belladonna, i narcotici. Ma se non si tiene conto degli effetti puramente palliativi, devesi convenire in definitiva dell'inefficacia di tutti questi trattamenti. La ragione è di tutta evidenza. A causa principalmente meccanica, bisogna opporre un rimedio meccanico, trovar modo cioè di distruggere la causa dell'ostruzione; il che, nel maggior numero dei casi, non può ottenersi che allargando con mezzi meccanici, e mantenendo aperto il passaggio al flusso menstruo.

Makintosh, non sono molti anni (1836), facendo rivivere un procedimento già segnalato da Aezio (4° secolo), il quale dilatava il collo uterino, nei casi di sterilità, colla spugna preparata, introdusse nella cura della dismenorrea meccanica la dilatazione col

(1) *Rev. des scien. méd.* 1877.

mezzo di candelette. Questo metodo seguìto tosto dal Simpson, Oldham, Barnes e altri, venne poi modificato, adoperando candelette fatte con avorio rammollito nell' acido cloridrico; sonde metalliche graduate, come si usa per l'uretra maschile; una sonda di acciaio (Priestley e Rigby), della quale si aumenta il volume con meccanismo appropriato, quando è introdotta; finalmente (Bennet, Tilt, Gardner) le candelette di cera, quelle di *laminaria* e la spugna preparata tagliata a cono ed incerata e altri dilatatori.

Questo metodo della dilatazione non pose però salde radici nella pratica ginecologica, e se non può ancora dirsi completamente in disuso, trova però pochi seguaci.

Infatti quale è il suo risultato? L'effetto immediato è di allargare il canale cervicale. Prendendo per esempio un tubetto di laminaria, che forse serve più allo scopo che gli altri mezzi dilatatori, di calibro appropriato, esso lo dilata spesso sufficientemente per dare passaggio ad un dito. L'irritazione immediata prodotta dalla presenza di un corpo estraneo, dà luogo ad una secrezione abbondante di muco, che dura un giorno o due. Ma il canale resta forse dilatato? no; in capo a pochi giorni egli ha ripreso il suo calibro iniziale, e lo stringimento si è riprodotto. Bisogna pertanto ricominciare, finchè cessi la pazienza dell'ammalata, o quella del curante, oppure vengano a prodursi serii accidenti.

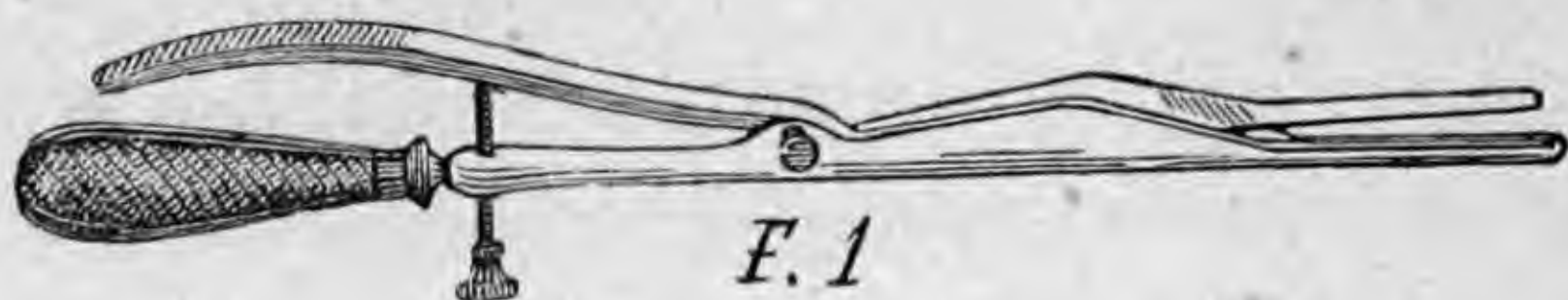
Oltre al non dare risultati curativi, questo metodo non è neppure scevro dai più gravi pericoli. Non sono

rari i casi nei quali l'applicazione di una spugna preparata fu seguìta da pelvi-peritonite; le candelette di laminaria produssero risultati altrettanto gravi, ma meno frequentemente. Marion Sims riferisce vari casi di questo genere, di cui alcuni misero a repentaglio la vita dell'ammalata. L'Aitken ne cita altri, nei quali si manifestarono delle ematoceli retro-uterine, ed insiste sulle precauzioni da usare quando esiste il menomo grado di infiammazione (1).

A rimediare alla dismenorrea prodotta da un ristringimento, immaginava il Simpson l'*incisione del collo uterino.* Egli descrisse per la prima volta l'operazione alla Società medico-chirurgica di Edimburgo nel 1844, dicendo di essersi indotto ad incidere l'orifizio uterino, invece di dilatarlo, pochi anni prima, presso un'ammalata dismenorroica, la quale poteva affidarsi alle sue cure soltanto per pochi giorni. Le incisioni ebbero in questo caso il risultato desiderato, e la signora partoriva un figlio nel corso di quel medesimo anno, benchè fosse stata prima unita in matrimonio durante sei o sette anni senza mai concepire.

I felici risultati dell'incisione del collo uterino nella dismenorrea per ostruzione e nella sterilità, essendosi ripetuti, questa operazione non tardava a diventare estremamente familiare al Simpson, e venire adottata dal Rigby, dal Protheroe Smith, dall'Oldham ed altri.

(1) BARNES, *loc. cit.*

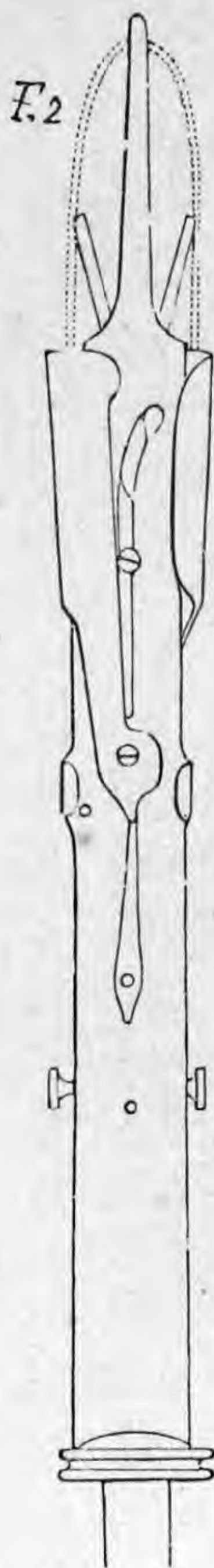
Essa consiste nel dividere l'orifizio uterino ai due lati per l'estensione di alcuni millimetri con un *litotomo inguainato* (fig. 1), detto anche *metrotomo*,

ossia un coltello molto stretto protetto da una guaina e munito di un lungo manico, e mantenere in seguito la parte temporariamente dilatata colla spugna preparata. Introdotto il litotomo nell' orifizio interno dell'utero, viene leggermente aperto lateralmente, prima da un lato, poi dall'altro, in modo da dividere tutte le fibre che possono cagionare la costrizione. La principale incisione si fa allora ritirando lo strumento. Questa incisione comincia alla unione del collo col corpo dell'utero, e penetrando nel discendere di più in più nel tessuto dell'organo, la lama esce al bordo inferiore del collo. Lo strumento viene allora rivolto per incidere dall'altro lato; oppure le incisioni possono essere antero-posteriori, invece che laterali. La superficie incisa assume in questo modo la forma conica, e la sua parte inferiore comprende tutto lo spessore del collo. Si deve vegliare onde non oltrepassare il tessuto del collo in corrispondenza della sua porzione superiore, essendo questa circondata da un plesso vascolare, la cui lesione potrebbe dar luogo ad una grave emorragia. Se si ha la precauzione di limitare l'incisione come

venne indicato, l'emorragia è ordinariamente leggiera. L'operazione produce poco o punto dolore, le labbra della ferita si scartano generalmente ed hanno poca tendenza alla riunione. Altrimenti conviene toccare la superficie viva, più specialmente gli angoli della ferita, ogni tre o quattro giorni, col nitrato d'argento (1). Giova soggiungere che il Simpson ed i suoi imitatori, operano nell' oscurità, senza il soccorso dello *speculum*, e colla sola guida del dito indice sinistro portato in contatto della bocca uterina.

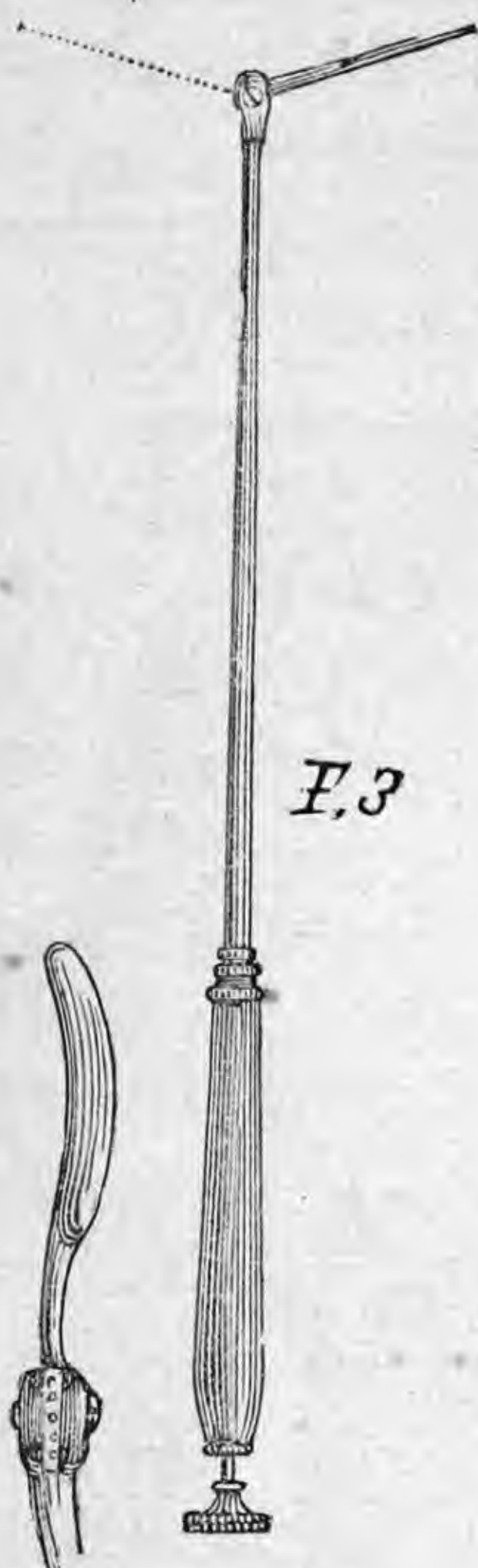
Durante qualche tempo Simpson e alcuni altri consideravano l' operazione un' impresa tanto leggiera, che la eseguivano senz'altra precauzione nel loro studio, facendo subito dopo ricondurre le loro ammalate in vettura. Questa imprudenza avendo dato origine spesso ad emorragie ed alla peritonite, non avvi ormai più nissuno che operi come il Simpson e che non prescriva il decubito per tre o quattro giorni, ed il riposo in camera almeno per una settimana.

Greenhalg modificava lo strumento del Simpson col munirlo: primieramente, di due lame taglienti, le quali incidono ai due lati contemporaneamente, riducendo in tal modo l' operazione ad un solo tempo; secondariamente, di due altre lamine ottuse in corrispondenza dell' orifizio vaginale, le

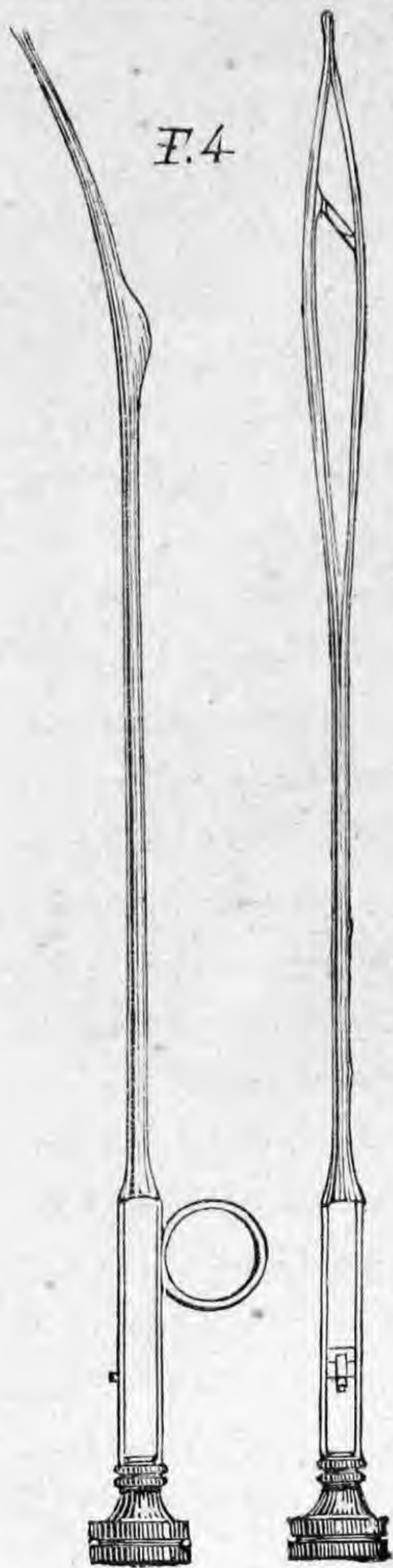
(1) Proceedings of the Society, in *Edinburg Journal of medical science*, 1847.

quali, scartandosi quando si aprono le lame taglienti, non solo allontanano e proteggono le pareti della vagina, ma distendono il tessuto del collo, in modo da facilitarne la sezione (fig. 2).

Marion Sims opera invece al gran giorno, tagliando, invece che di dentro in fuori, a partire dall'orifizio esterno e rimontando verso la cavità della matrice, praticando, come egli la chiama, la *discissione* del collo. Egli colloca l'ammalata sul fianco sinistro, le coscie piegate quasi ad angolo retto col bacino, la destra un poco più in alto; il braccio sinistro portato dietro il dorso; il petto inclinato in avanti, e lo sterno quasi in contatto col piano del letto, o meglio, di una semplice tavola munita di materasso o di coperture.

Introdotto il suo *speculum* univalve, infigge un *tenacolo*, o lungo uncino a curva molto ristretta, al centro del labbro anteriore del muso di tinca, e tira l'utero alquanto in avanti. Poi introduce la punta di un paio di forbici curve, nel canale del collo, fino a che quella che resta all'esterno sia giunta al margine d'inserzione della vagina sul collo, e taglia d'un tratto la porzione compresa fra le lamine delle forbici. L'altro lato è sezionato nello stesso modo; poi con un coltello

ottuso e stretto, aperto ad angolo conveniente (fig. 3), divide da ambi i lati la porzione di tessuto che le forbici hanno risparmiato in alto, verso la cavità uterina, estendendo le incisioni a seconda di ogni caso particolare. Arrestato lo scolo sanguigno, il quale si presenta qualche volta in tale quantità da riempiere in un momento la vagina, mediante una o due piccole spugne, portate e mantenute per qualche minuto nel collo uterino, egli applica due o tre batuffi di cotone, impregnati di percloruro di ferro Deleau allungato con 4-5 parti d'acqua, agli angoli della ferita e nel canale cervicale. Finalmente pratica il tamponamento della vagina, mediante alquanto cotone umettato coll'acqua e colla glicerina, ricoperto a sua volta con altro asciutto, destinato a tener ferma la medicazione.

L'ammalata conserva la posizione orizzontale fino alla caduta spontanea, per processo suppurativo, dei batuffi collocati sulla parte cruentata; e ogni giorno, valendosi della posizione sul fianco sinistro, si rinnova il cotone glicerinato e quello asciutto, finchè la cicatrizzazione dei tessuti non sia completa; la qual cosa succede ordinariamente dal dodicesimo al diciasettesimo giorno.

Si incontra talora molta difficoltà a mantenere l'orifizio della matrice sufficientemente aperto, in forza

della tendenza che hanno tutte le ferite a restringersi, quando volgono a riparazione. Il Sims nota che spesso gli accadde di trovare l'orifizio uterino ridotto ad un'apertura che non aveva più del quarto della estensione primitiva; e, sebbene più di rado, ebbe anche ad osservare, specialmente nei casi di indurimento essudativo del collo, un'apertura sufficientemente larga da permettere l'introduzione del dito indice sino al di là dell'orifizio interno, chiudersi in poche settimane, al punto da non lasciar passare una candeletta n° 4 o 5; non ostante si fosse tentato ogni mezzo per impedirne lo stringimento. Ciò lo obbligò più volte a ripetere l'operazione, fino anche tre volte nel corso di alcuni mesi, e senza ottenere talora un sufficiente risultato. A prevenire possibilmente questo inconveniente, egli consiglia, ad imitazione dell'Emmet, di passare la sonda nella cavità uterina, il terzo giorno dopo l'operazione, premendo sui lati del canale nell'atto di ritirarla; oppure di servirsi dello strumento del Priestley, il quale dopo essere stato introdotto, viene dilatato come si vede nella fig. 4.

F. 4

Allorquando la dismenorrea è sotto la dipendenza dell'anteflessione, disposizione anatomica che è quasi sempre accompagnata da incurvatura ed allungamento della porzione vaginale posteriore del collo uterino, egli corregge la flessione del canale, fendendo colle forbici la parte posteriore del collo in linea retta, ed all'indietro dell'orifizio del muso di tinca, sino alla profondità dell' inserzione della vagina. Introducendo in seguito nella cavità dell' utero un coltello a punta ottusa, tagliente indietro e fissato, come quello per le incisioni laterali, sul suo manico ad angolo conveniente, egli taglia i tessuti in modo da raddrizzare il canale nella sua parte superiore e fare scomparire ad un tempo l'ostacolo meccanico prodotto dalla sua curvatura.

Il Sims diede la più grande estensione alla pràtica dell'incisione del collo uterino, trovandone l'indicazione in quasi tutte quelle anomalie del collo che possono essere sospettate di essere causa di dismenorrea e di sterilità, *ingorgo fibroso* (sic), *tumori fibroidi, deformazioni* del collo, *allungamento, conicità,* ecc. Fin dal 1866 egli annoverava più di 500 operazioni fatte da lui e dall'Emmet, tanto nell'Ospedale delle donne di New-York, quanto nella clientela privata, e non ricordava che un solo caso, in cui essa fosse stata seguita da sintomi infiammatorii e da ascesso pelvico, in una donna che già antecedentemente aveva sofferto la medesima affezione.

Il Courty portò la sua attenzione unicamente sui restringimenti dell'orifizio cervico-vaginale.

Dopo avere constatata l'inefficacia del metodo della dilatazione, egli adottò il metodo cruento, il quale comprende:

1° Lo sbrigliamento istantaneo col mezzo di strumenti taglienti;

2° La sezione lenta delle due commissure col metodo dell'anello, e la costrizione graduale con filo metallico;

3° L'autoplastia dell'orifizio uterino, ossia la formazione di un *os uterinum*, con labbra e commissure permanenti.

I. Il Courty, quando non ricorre ai metrotomi semplici o doppi, adopera una lunga sonda scannellata introdotta nella matrice come un catetere uterino; un coltello con lungo manico, a lama corta e stretta, ottuso od a punta, secondo i casi, e portato nell' utero sulla guida della sonda. Talora invece si serve di una pinzetta a doppi uncini divergenti, e di un tenotomo. Introdotta la prima ad una profondità di 5-10 millimetri nel collo e aperta quanto riesce possibile, allo scopo di ben fissare ed abbassare alquanto questo organo, di distendere l'orifizio e di tendere i tessuti, col tenotomo procede all'incisione, estendendola, completandola in un senso, o nell'altro, a seconda dell'occorrenza. Con questi soli strumenti potè il Courty molte volte ottenere la guarigione radicale degli accidenti dismenorroici, e fare cessare ad un tempo la sterilità in casi, che avevano resistito ad ogni altro trattamento.

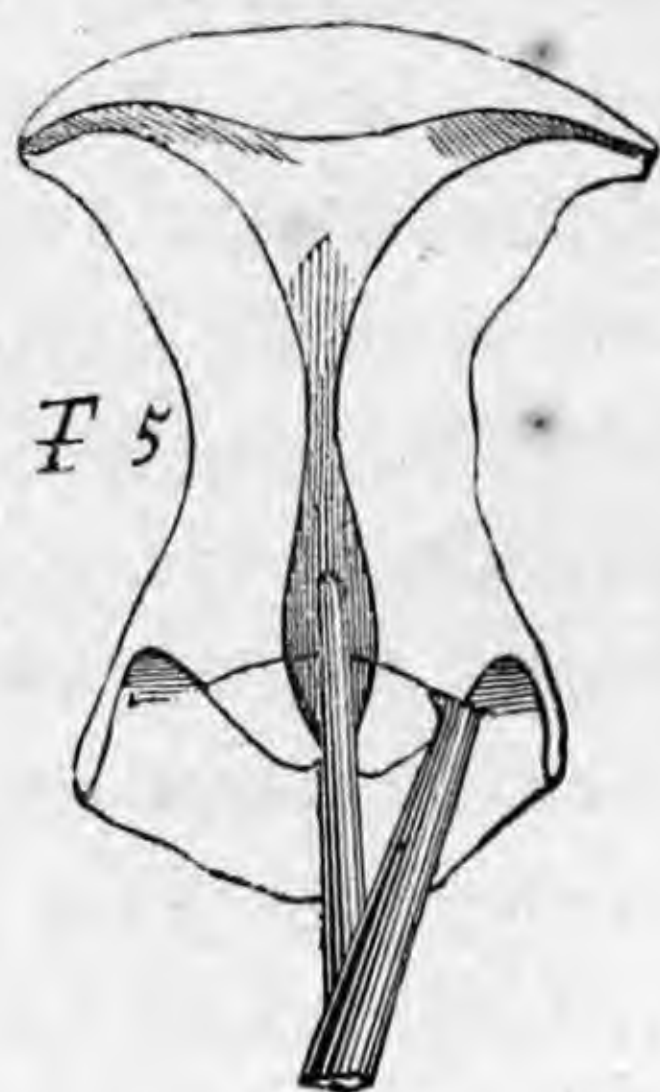
II. Il Courty, avendo osservato con quanta facilità le parti incise vanno talora riprendendo lo stato pri-

mitivo, immaginò di praticare lo sbrigliamento del collo passando un *anello metallico* all'infuori di ciascuna commissura e costringendolo in seguito gradatamente; affine di conservare gli angoli che formeranno i limiti della divisione di destra e di sinistra e che dovranno costituire le commissure labiali dell'*os uterinum*. Egli fa passare da ciascun lato del collo, dal di dentro all'infuori, ad una distanza di 1 a 2 cent. dell'orifizio, un filo d'argento, ravvicinandone e torcendone i capi, in modo da farne due anelli; lasciandoli una o due settimane ed anche oltre, e praticando ciò durante iniezioni detersive nella vagina, si ottengono, in capo a dieci a quindici giorni, due orifizi regolari e stabili. È utile precauzione, dice il Courty, di non toccare questi anelli metallici prima del finire della vicina mestruazione. Alcuni giorni dopo, basta stringere alquanto ogni giorno le anse con un serranodo, per ottenere una lenta sezione dei tessuti compresi tra le due aperture artificiali e l'orifizio naturale del collo, senza effusione di sangue, senza accidenti, e quasi senza dolore; si ottiene così un'apertura sufficiente e duratura in modo da non perdere i benefizi dell'operazione.

III. Nei casi in cui vi è deficienza di tessuti, in cui lo stringimento dipende tanto dal tessuto intermediario che dalla mucosa, e perciò il metodo dell'anello metallico e della sezione lenta dei tessuti per costrizione graduale riesce insufficiente, l'illustre chirurgo di Montpellier, procedendo ad una vera *autoplastia dell'orifizio*, pratica un orifizio artificiale, tale da rappresentare il più esattamente possibile quello naturale. Questa operazione consta di tre procedimenti

diversi: la semplice sutura, dopo l'incisione bilaterale dei due lembi anteriore e posteriore, e la resezione della porzione proeminente del collo conico, i due lembi laterali ritenuti dalla sutura nelle commissure artificiali (1).

Il Courty praticò dodici volte l'autoplastia dell'orifizio uterino col procedimento dei lembi laterali, con risultato favorevole; tutte le malate essendo guarite dalla dismenorrea, e tre di esse avendo concepito in seguito.

Robert Barnes (2), è partigiano dell'incisione limitata alla porzione intra-vaginale del collo, senza però escludere totalmente quella dell'orifizio interno. Egli usava praticarla con sue forbici speciali, completandola col metrotomo del Simpson, ogni qualvolta le forbici lasciavano come uno sperone di tessuto intatto.

Da alcuni anni ha però adottato le *forbici* di Küchenmeister delle quali una branca è munita di una punta a forma di uncino, destinata a penetrare nel tessuto del collo e fissarla durante la sezione, come appare nella fig. 5.

Egli opera collocando l'ammalata in posizione supina, colle coscie flesse, e fa amministrare il

(1) *Comm. à la Société de chirurgie,* 1873.
(2) *Loc. cit.*

cloroformio, quando la medesima si presenta eccessivamente impressionabile. Si serve dello *speculum* del Neugebauer da lui modificato, il quale, oltre al dispensare da un assistente, lascia maggiore spazio, ed abbassa il collo più di tutti gli altri. Arrestato lo scolo sanguigno con semplici pezzi di spugna, e quando questo è alquanto significante, umettandoli con percloruro di ferro; applica finalmente nella vagina un tampone fatto con pezzi di *lint* imbibito di olio fenizzato — $^1/_{10}$ — e legato con un filo, onde poter rinnovarlo facilmente ogni giorno.

Quando lo stringimento tende a riprodursi, o si tratta di flessione acuta, questo chirurgo colloca un passario elastico intra-uterino di Wright, lasciandolo fino a cicatrizzazione completa.

L'Eklund, quando non si tratta di stenosi callose, etmoidali, ecc. le quali vogliono procedimenti speciali a seconda del caso, servendosi dello *speculum*, dell'uncino e della posizione del Sims, fa il taglio colle forbici del Küchenmeister, praticando prima, onde facilitare il cammino alla branca acuminata, una puntura, con un lungo bistori, in tutta l'estensione del collo. Introduce uno stuello emostatico nel canale nuovamente formato, ed applica nella vagina un tampone all'acido borico, facendo in seguito cateterismi frequenti ed iniezioni disinfettanti. L'Autore assicura che non ebbe mai ad incontrare accidente di sorta.

Skinner, con altri, pensa che bisogna, prima di incidere il collo, allargarlo con una sonda metallica,

e pretende che non bisogna « sotto qualsiasi pretesto dividere tutto lo spessore del collo ».

G. Braun, con un procedimento che si approssima di molto a quello del Sims, divide la porzione vaginale colle forbici di Künchenmeister; incide in seguito l'orifizio interno con un coltello ottuso in forma di lancia. Egli cita 67 casi, nei quali ebbe 53 risultati; in 11 casi l'esito è sconosciuto; in 4 si ebbe una malattia intercorrente che fu di ostacolo alla riescita; in 11 casi l'ammalata ebbe a concepire.

Tilt, Martin, Hegar, Kaltenbach, Hewood Smith e gli altri ginecologi, che si occuparono della cura della dismenorrea o della sterilità coi mezzi chirurgici, seguono tutti l'uno o l'altro fra i varii procedimenti sopra descritti, oppure con variante così poco accentuata da non meritare particolare menzione.

L'incisione del collo dell'utero, chiamata da alcuni impropriamente *isterotomia*, — denominazione meglio adatta ad esprimere un' operazione molto più complessa — ha ormai dato tali risultati da poter essere considerata, non solo una risorsa legittima della chirurgia, ma anche uno dei suoi più importanti progressi nell'epoca nostra. Essa venne praticata infinite volte, e quando non avesse adempiuto alle sue promesse nel maggior numero dei casi, e non avesse meglio corrisposto di tanti altri rimedi, certa-

mente non avrebbe tardato, al pari di questi ultimi, a cadere nella più completa dimenticanza. Invece essa non fa che guadagnare degli adepti (1). Se noi l'escludessimo dalla pratica, osserva il Sims, moltissimi casi patologici suscettibili di guarigione, dovrebbero venir abbandonati senza cura.

Praticata però secondo le norme del Simpson, del Greenhalg e del Sims, secondo il metodo, vale a dire, delle incisioni *larghe e profonde*, fu spesso seguìta da imponenti emorragie, e non andò sempre immune da accidenti anche più gravi: flemmone pelvico, metroperitonite settica e anche la morte. A queste complicazioni deve particolarmente disporre la lesione di vasi di un certo calibro, difficilmente evitata da un'incisione dell'orifizio interno, la quale ecceda lateralmente 8 millim., e la stessa anatomica struttura del tessuto uterino, la quale, mentre concorre a mantenere aperte le vene, massime quando l'incisione interessa una superficie alquanto estesa, deve singolarmente favorire l'assorbimento settico.

Nel fare il taglio nella parte profonda del collo si corre parimenti il pericolo di penetrare nella cavità peritoneale — fatto osservato dal Barnes — sia in seguito ad una leggiera inclinazione dell'utero, o ad una deviazione dello strumento, sia ancora a causa di un assottigliamento anormale delle pareti uterine.

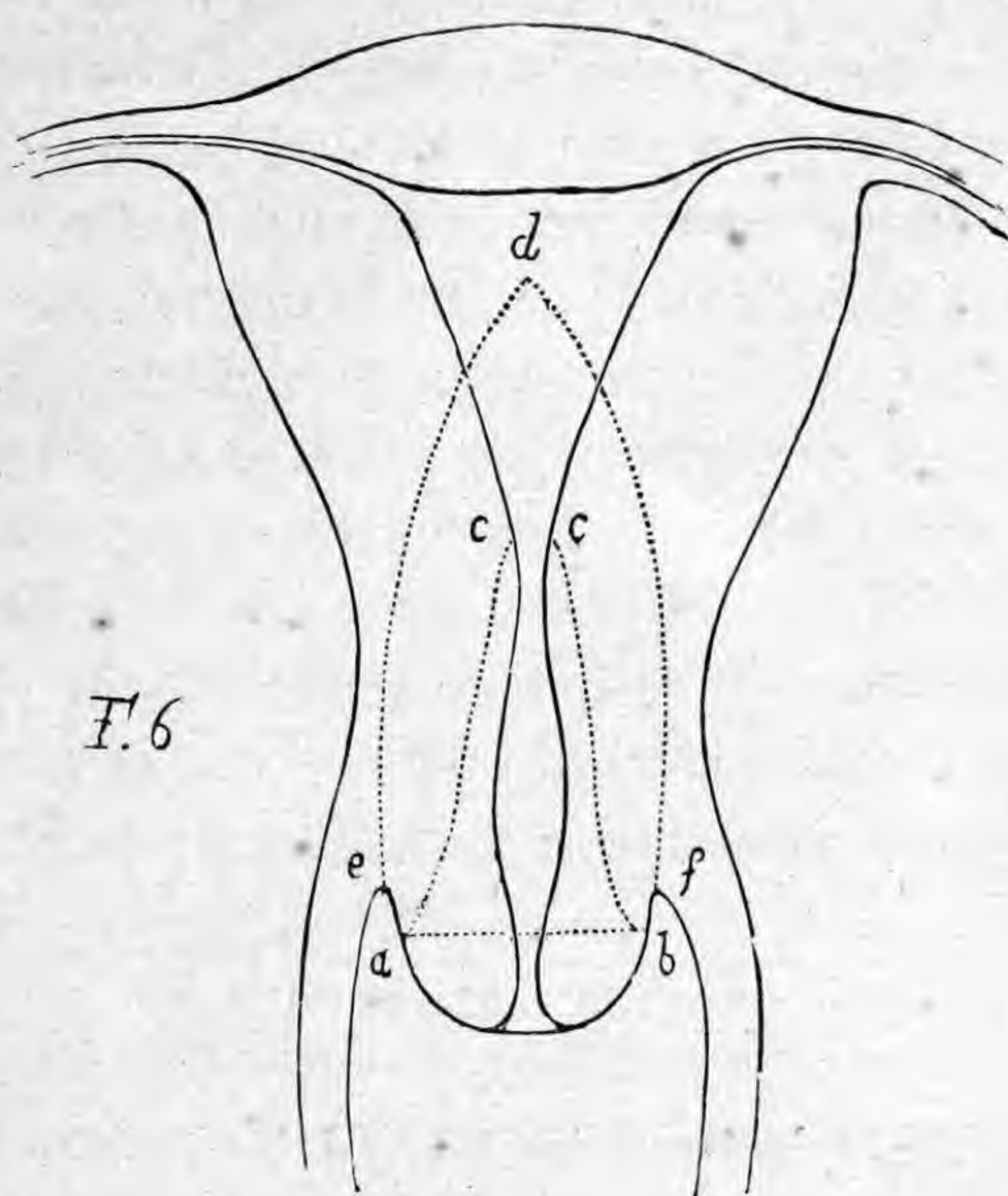
(1) Il Dre G. Calderini, Professore di Ostetricia nell'Università di Parma, nei nn. 19 e 20 della *Gazzetta delle Cliniche* di Torino dell'annata corrente, pubblicava un caso rimarchevole di guarigione, mediante il taglio del collo uterino, di una sterilità per stenosi dell'orifizio esterno, la quale durava da oltre i sei anni.

Lo Spencer Wels notò alcuni casi, in cui l'incisione troppo larga del collo ebbe per conseguenza il rovescio delle labbra del muso di tinca ed il loro incartocciamento indietro, in modo da perdersi per così dire nell' inserzione della vagina. Quest'osservazione è ripetuta dal Peaslee (1), il quale sostiene che l'incisione del collo, quando è completa, sopprime intieramente l'azione particolare del collo e modifica la forma, la lunghezza e gli usi della cavità uterina. Se indubitabilmente essa riesce di reale sollievo nella dismenorrea da costrizione, essa deve molto probabilmente impedire il concepimento, e quando ciò malgrado l'impregnazione ha luogo, deve seguirne quasi certamente l' aborto. Finalmente se i bordi della incisione si riuniscono, l'ammalata non si trova in migliori condizioni, poichè si forma un tessuto di cicatrice più o meno duro, più o meno abbondante, che dal suo canto non cesserà dall' inceppare le funzioni uterine.

Il Marion Sims, pur ammettendo la frequenza dell'emorragia, come conseguenza dell'incisione profonda del collo, volle scagionare il suo metodo non solo dalle complicazioni infettive, le quali non si osservano quando viene praticata una medicazione detersiva e disinfettante, ma in particolare dagli effetti meccanici e deformanti, predisponenti all'*incapacità* od all'aborto, i quali sarebbero invece, a suo dire, il

(1) *Com. New-York Academy of medicine. — New-York medical Record*, 1876.

risultato delle incisioni praticate coi metrotomi, specialmente a doppia lamina.

A ciò dimostrare egli si serve di una figura rappresentante una matrice di volume ordinario, coi diagrammi, ossia le traccie delle incisioni fatte coi due differenti metodi (fig. 6)

La linea punteggiata *a b* rappresenterebbe la porzione di tessuto cervicale sezionata dalle forbici mentre le linee *a c*, *b c* rappresenterebbero l'estensione delle incisioni fatte col tenotomo, risalendo verso la cavità dell'utero. Il taglio invece del metrotomo del Greenhalg, il più sicuro ed il migliore stromento di questo genere, sarebbe rappresentato dalle linee punteggiate *ed*, *fd*.

I due metodi, aggiunge il Sims, differiscono fra di loro sotto il duplice aspetto della teoria e della pratica. Il primo poggia sulla supposizione che l'ostacolo a vincere risieda ordinariamente nella porzione inferiore del canale cervicale; l'altro sull'opinione ch'esso abbia luogo all'orifizio interno. Raffrontando le incisioni fatte con i due procedimenti, è agevole convincersi che il metrotomo divide le fibre circolari in tutto lo spessore del collo e per un tratto più lungo all'orifizio interno, di quello che non accada nel suo metodo. Sezionate le fibre circolari nella loro totalità, prende preponderanza l'azione di quelle longitudinali, le quali finiscono in alcuni casi per ratrarre e deformare le labbra divise del muso di tinca.

Coerentemente alle idee critiche da lui esposte, circa gli inconvenienti ed i pericoli delle enormi incisioni del collo uterino, il Peaslee (1) immaginava un'altra pratica operatoria, detta *trachelotomia superficiale*, la quale avrebbe già dato nelle sue mani i più lusinghieri risultati.

Dopo avere studiato il calibro del canale cervicale allo stato normale, non che le condizioni necessarie alla guarigione della dismenorrea e favorevoli al concepimento, egli pone le seguenti norme:

Per ciò che riflette l'orifizio interno,

1° Quando una sonda del diametro di 25 millimetri passa facilmente, non esiste costrizione, e non è indicata l'incisione.

(1) *Loc. Cit.*

2° Se si può introdurre una sonda di 4 mm. non è assolutamente necessario di incidere per rimediare alla costrizione, a meno che vi esista ritenzione di liquidi.

3° Se passa una sonda di 3 mm. e mezzo senza dare la sensazione di uno stringimento, l'incisione non è necessaria.

4° Se non si perviene ad introdurre una sonda del calibro di 3 mm. avvi stringimento, o più probabilmente una flessione dell'organo. Occorre prima d'operare, accertarsi se esista o meno la flessione.

Per ciò che riflette l'orifizio esterno,

5° Se passa una sonda di 5 mm. non avvi stringimento. Ma quando esiste congestione della mucosa del collo, può occorrere di dover operare.

6° Se l'orifizio esterno non lascia passare una sonda di 4 mm. avvi costrizione, e l'operazione diventa necessaria, sopratutto per favorire il concepimento.

7° Operando occorre di conservare possibilmente l'aspetto fusiforme del canale.

L'incisione, in poche parole, non deve oltrepassare la media delle dimensioni normali della donna nullipara. Nei casi complicati da congestione, si potrebbe estendere l'incisione fino a 5 millimetri per l'orifizio interno, e sino a 8 millimetri per l'esterno.

La trachelotomia superficiale viene eseguita col mezzo di uno strumento speciale, consistente in una lama a punta ottusa e a bordi taglienti per un certo tratto, che scorre esattamente in una guaina a forma di tubo appiattito, e la cui azione è regolata da una

vite. Vi sono due lamine di ricambio, le quali differiscono per la larghezza della loro porzione tagliente; la più stretta essendo destinata all'orifizio interno, e la più larga all'orifizio esterno. Nei casi di congestione, viene adoperata la più larga per ambidue gli orifizi.

Il Peaslee pratica l'operazione almeno quattro giorni prima, oppure sei giorni dopo il periodo menstruo, e fa seguire la dilatazione, mediante speciali suoi dilatatori conici in acciaio, ogni due giorni, durante la prima settimana, poi una volta la settimana a due o tre riprese. Tiene a letto l'ammalata due o tre giorni ed in casa una settimana.

Egli conta oramai 300 operazioni fatte con questo metodo delle incisioni superficiali, senza avere mai incontrato emorragia vera, o flemmone o peritonite, nè qualsiasi altro degli accidenti da lui attribuiti agli altri metodi.

Dal sovra esposto ognuno comprenderà che se, come abbiamo già accennato, ormai non può più contestarsi, che l'incisione del collo uterino, intesa in senso generale, ripari meglio che qualsiasi altro mezzo, compresa la dilatazione, alla dismenorrea ed alla sterilità per ostruzione; se la sua volgarizzazione è ormai ampiamente giustificata dai successi che si annoverano ora a migliaia; non è peranco agevole il decidere, nello stato attuale delle cose, quale fra i varii metodi finora praticati, si meriti l'eccellenza; non tanto per la facilità e prontezza d'esecuzione,

quanto per la minore gravità e per la stabilità del risultato.

Questa questione è dibattuta presentemente fra i ginecologi, specialmente nel Nuovo Mondo; ma essa non sarà risolta completamente, finchè le mancherà il soccorso di una statistica particolareggiata, conscienziosa e largamente estesa; finchè la medesima non sarà anche stata avvalorata da maggior copia di dati raccolti nella pratica europea, di quello che non sia avvenuto per il passato, da contrapporre a quelli della pratica americana.

Per quello che ci riguarda, dobbiamo dichiarare di avere praticata una dozzina di volte la *discissione* del collo uterino, secondo il metodo del Marion Sims sempre per rimediare a dismenorree intense ed intollerabili, le quali trovavano la loro ragione nella conicità con proiezione e curvatura della porzione vaginale del collo; nella stenosi congenita od acquisita del canale cervicale; nell'induramento, od in alcune speciali deformazioni del collo uterino.

Di queste operazioni, alcune vennero eseguite durante l'anno 1868, in Parigi, ove da poco tempo il Sims, vincendo prevenzioni radicate, aveva introdotto ed acclimatato il suo procedimento, ed allorquando era ancora echeggiante la fama di alcuni suoi splendidi successi. Le restanti furon praticate tutte in Torino, delle quali l'ultima, notevole sotto certi riguardi, nell'anno 1873.

Oss. I. — Si trattava in questa circostanza di una Signora trentenne, figlia di genitori sani, maritata da 10 anni al sig. B..., nullipara. Essa raccontava che era stata regolarmente mestruata verso i 16 anni, e non ricordava di avere avuto sconcerti di rilievo nella salute, prima del suo matrimonio. Scorsi da questo pochi mesi, e senza che provasse particolare soffe-renza, aveva già notevolmente dimagrato; quando all'uscire da una festa da ballo, in stagione freddis-sima, veniva colta da forti coliche uterine con me-trorragia, che obbligavanla al letto per qualche tempo. Da quell'epoca la sua vita non aveva cessato dall'es-sere attristata dalla dispareunia, dalla leucorrea, dalla dolorosissima epigastralgia, alternantesi colla cefalal-gia, o con altri fatti riflessi di indole congestizia. La secrezione catameniale aveva perdurato regolare, ma più scarsa e costantemente preceduta da fenomeni dismenorroici. Da circa due anni persisteva un dolore fisso alla fossa iliaca sinistra, sede precedente di una tumefazione, come da vero neoplasma, e le doglie della mestruazione eransi fatte veramente strazianti. Riusciti a vuoto tutti i tentativi terapeutici fatti coi fondenti, esterni ed interni, colle cauterizzazioni della cervice uterina, e colle cure balnearie di vario genere; la signora B... si rivolgeva a noi, dichiaran-dosi pronta a tutto, pur di cercar modo di liberarsi da quello stato intollerabile.

Trovammo leggiera conicità del collo, con allun-gamento della porzione posteriore; ristretto l'orifizio esterno; l'interno poteva superarsi con estrema difficoltà e vivo dolore più che con una sonda, con

un lungo specillo del diametro di 2 mm. esageratamente incurvato ed introdotto con un movimento di spirale. Era un caso di stenosi cervicale accompagnato da un certo grado di torsione e di antiflessione in corrispondenza dell'istmo; la flessione eraci confermata dall'esplorazione bi-manuale.

L'operazione fu eseguita nei primi giorni dell'Ottobre di quello stesso anno, colla cooperazione del distinto collega Cav. Boetti.

Trascorso regolarmente il periodo di cicatrizzazione e continuata per qualche tempo l'introduzione delle candelette di laminaria, era notevolissimo il miglioramento. Dopo pochi mesi però, benchè meno atroci, ritornarono le doglie della mestruazione, ed il canale riscontravasi nuovamente di tanto deformato, che la sonda di piccolo calibro per giungere nella cavità uterina, doveva fare un cammino molto curvo , e spingere fortemente indietro il labbro posteriore. Nel superare l'orifizio interno dava la sensazione di forte costrizione, e risvegliava dolore vivissimo. Ci decidemmo allora alla spaccatura in tutto il suo spessore della porzione posteriore del collo e ad un nuovo sbrigliamento dell'istmo: in modo da distruggere la curvatura del canale, e prolungare fino all'orifizio vaginale, l'asse della cavità uterina.

Con le frequenti introduzioni di candelette e della sonda, con le ripetute toccature dei margini dell'incisione all'esterno, potemmo questa volta meglio opporci al lavoro di coalito, ed ottenere, per rispetto alle sofferenze che accompagnavano la funzione catameniale, un risultato completo.

Per un rovesciamento leggiero dei margini dell'orifizio vaginale, questo prese l'aspetto di una doccia antero-posteriore, e qui non fu difetto, restando così definitivamente corretta la curvatura del canale cervicale, e risultando anche facilitata l'introduzione della sonda e delle candelette.

Trascorsi di là molti mesi, durante i quali la signora B... viveva assai soddisfatta del suo stato di salute, e più precisamente verso l'estate del 1876: nuova ritenzione menstrua, da costrizione all'orifizio interno, e successiva peritonite localizzata alla regione iliaca sinistra, con essudato simulante un tumore ovarico. Una cura vigorosa aveva ragione anche di questa terza fase della malattia, e la dilatazione continuata finiva per rammollare e rendere cedevole il tratto superiore della cervice, facendo cessare definitivamente una dismenorrea delle più ostinate che noi abbiamo avuto ad osservare, e che aveva finito per scuotere profondamente tutto l'organismo.

Informazioni affatto recenti, ci permettono di dichiarare, che questo risultato si mantiene tuttora nella sua integrità.

Nel praticare la discissione del collo, ci siamo sempre fatto un rigoroso scrupolo di seguire in tutto esattamente gli atti operativi descritti dal valente ed ingegnoso chirurgo americano, come pure le norme per la cura consecutiva dal medesimo minutamente tracciate. Non ebbimo in nissun caso a deplorare alcuna di quelle gravi eventualità, immediate o remote,

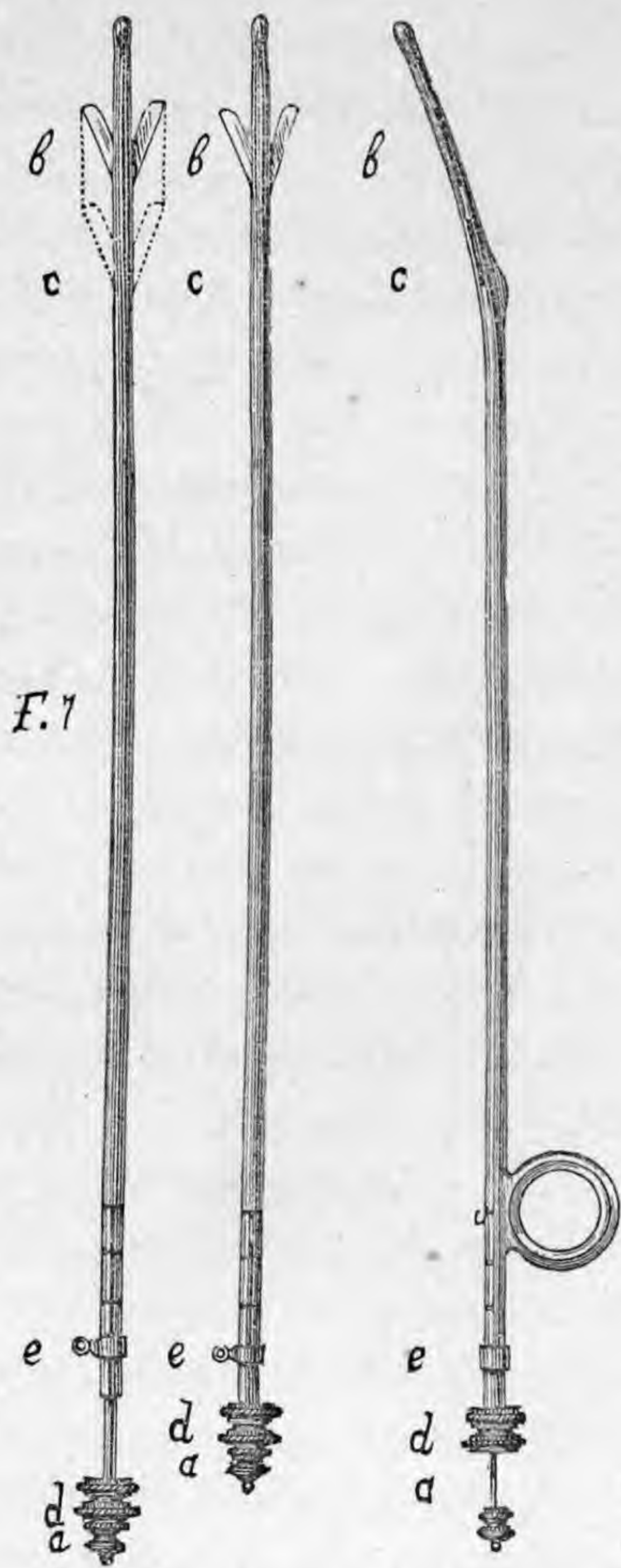
segnalate specialmente dal Peaslee (1); pur tuttavia l'emorragia fu sempre abbondante, e pronta; a segno tale da inceppare talora la vista, e da togliere quella sicurezza di cammino allo strumento tagliente, tanto necessaria in una parte, ove l'eccedere di qualche millimetro, può essere causa di accidenti fatalmente funesti.

Le incisioni ebbero sempre molta tendenza al coalito, ed in nissun caso potemmo ottenere una dilatazione stabile sufficiente del canale cervicale, da compensare, ai nostri occhi, tutte le complicazioni che si possono ragionevolmente temere da una cruentazione così estesa. Le nostre ammalate furono tutte o guarite, o migliorate di molto, ma non di rado ci occorse di dover riprendere la dilatazione graduale colle candelette di laminaria, e talora anche di dover ripetere l'incisione.

Fin dal 1872, nel riflettere a queste considerazioni, ci eravamo rivolta la domanda, quella stessa che quattro anni dopo suggeriva al Peaslee il suo metodo di *trachelotomia*, se cioè non fosse possibile, almeno nel maggior numero dei casi, di guarire o migliorare la dismenorrea, e di correggere quelle anatomiche disposizioni che sono causa non infrequente della sterilità; pur mantenendo l'incisione del collo in limiti molto più ristretti.

Dai fatti soltanto potendo avere adeguata risposta, commettemmo allora al Bertinara di Torino, la

(1) *Loc. cit.*

confezione di uno speciale strumento da noi chiamato *incisore* o *scarificatore* della cervice uterina (fig. 7).

Esso ricorda nella sua apparenza esterna esattamente la sonda uterina del Simpson, meno la spalla, situata a 65 millimetri dalla punta, che è nell'incisore più voluminosa. Calibrato a poco più di 2 $^1/_2$ millim. all'estremità anteriore, o punta, alquanto bottonato, esso non eccede i 4 mm. in prossimità della spalla. Lateralmente è spaccato da una parte all'altra, dal punto *c* al punto *b*, per dare ricetto a due laminette lunghe 12 mm., larghe 2 mm., le quali mediante il congegno *a d* scattano con uno scartamento che non può ol-

trepassare i 10 mm. Il cursore *e* regola lo scartamento delle laminette, che si può fissare a volontà più alto o più basso, lungo la spaccatura *c b*, secondo che si tratta di comprendere nell'incisione bilaterale l'orifizio interno, o limitarla al tratto inferiore della cervice uterina. La linea punteggiata indica la corsa delle laminette dall'alto in basso.

Col nostro strumento abbiamo d'allora in poi praticato molte operazioni, per le solite anomalie del collo, e trattandosi di incisione veramente superficiale, abbiamo potuto estenderla con marcato vantaggio, ai casi di costrizione per semplice congestione, o turgore della mucosa, come anche alle ipertrofie dolorose, quale compenso depletivo, ed in sostituzione dei tagli profondi e del sanguisugio al collo uterino, tanto raccomandati, fra gli altri, dal Tilt (1), dal H. Bennet (2), e dal Barnes.

L'operazione è da noi eseguita tanto nella posizione supina, servendoci dello *speculum* del Cusco, quanto in quella sul fianco sinistro, servendoci della valva del Sims, valendoci in questo caso dell'aiuto di un assistente.

L'ammalata sta a letto uno o due giorni, e nel terzo l'incisione viene dilatata collo strumento del Priestley (fig. 4).

A seconda dell'occorrenza, la dilatazione viene ripetuta, sia soltanto con questo, sia coll'introduzione

(1) Tilt. *Trattato di terapeutica uterina.* Trad. sulla 5ª ediz. Americana dal dott. E. Rey.

(2) H. Bennet. *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus.* Trad. par le doct. M. Peter (1864).

delle candelette di laminaria graduate, tenute in sito da un tampone glicerinato. Durante la cura vengono praticate ogni giorno docciature vaginali antisettiche.

Ci occorse qualche volta d'incontrare la stenosi tanto progredita, da non poter introdurre la punta del nostro incisore; in questi casi potemmo sempre aprirci la strada con un bistouri affilato, condotto sulla guida d'uno specillo scannellato.

Più che in una vera incisione, nel senso accettato di questa parola, il nostro metodo consiste in una scarificazione, coadiuvata dalla dilatazione, ed ha il suo esatto riscontro nel metodo misto ormai adottato generalmente nella cura dei restringimenti dell'uretra maschile; dopochè una lunga esperienza ebbe a provare, per una parte, i pericoli di una completa sezione dei tessuti patologici, e dall'altra l'azione non dubbia fisiologica, se non meccanica, della metodica dilatazione sul rammollamento dei medesimi. Gli effetti di questa in alcune coartazioni del canale cervicale, sono ormai accertati da non pochi ginecologi, fra i quali ci è lieto di poter noverare anche il nostro G. Berruti.

Mai nelle nostre operazioni ebbimo ad osservare la vera emorragia, e neppure la menoma complicanza consecutiva. Sempre agevolmente potemmo opporci alla produzione del tessuto di cicatrice, ed i risultati curativi non furono mai meno soddisfacenti di quelli ottenuti con qualsiasi altro metodo conosciuto.

A maggiore elucidazione della nostra tesi, valgano alcune sommarie pratiche osservazioni, tolte dal nostro diario clinico.

Oss. II. — La signora S... di costituzione poco valida, con soprabbondanza del tessuto adiposo, non ebbe mai a lagnarsi per irregolarità nella mestruazione, fino all' epoca del suo matrimonio che contrasse all'età di poco più di 20 anni (1865). Nel primo anno di questo, parto rapido con lacerazione del perineo e successiva comparsa di placche mucose alle parti genitali esterne. La bambina affetta tosto da congiuntivite purulenta, moriva nell'età di pochi mesi, apparentemente per marasmo sifilitico.

Alcuni anni dopo, nei primi mesi del 1872, la signora S... ricorreva a noi, lagnandosi di dolori al basso ventre, senso di peso, e scolo mucoso purulento abbondante. Si trattava di infiammazione del collo uterino con ulcerazioni del medesimo che si innoltravano nella cervice, la cui guarigione non fu completa, se non dopo una cura sostenuta lungamente e l'impiego, fra gli altri agenti locali, del nitrato acido di mercurio.

Verso il settembre del 1873 la mestruazione, che già da qualche tempo erasi fatta dolorosa ed irregolare, ora scarsa, ora emorragica, prendeva il carattere della dismenorrea confermata da ritenzione.

Riconosciutane la causa in una coartazione, la quale interessava quasi l'intiero tratto del canale cervicale, questa veniva incisa; quindi trattata colla dilatazione, secondo le norme tracciate più sopra, con un risultato dei più completi che non doveva più smentirsi.

La sig. S... desiderava ardentemente di concepire; anche in ciò venne soddisfatta, poichè verso il luglio dell'anno seguente, dopo una sterilità che aveva durato circa 9 anni, essa, oltre la scomparsa mestruazione,

cominciò a provare quelle sensazioni che annunziano ordinariamente alla donna la gravidanza. Questo stato cessò di lì a non molto di essere un dubbio anche per noi, ma sventuratamente avevamo anche potuto convincerci, trattarsi nella fattispecie di gravidanza extra-uterina, probabilmente tubo-ovarica, a sinistra. Dopo due crisi dolorosissime, le quali accennavano ad una rottura od a forte stiramento interno, succedutesi a circa trenta giorni d'intervallo, appena varcata la metà della gestazione, la signora S... veniva, la sera del 18 novembre successivo, colta da intensissime sofferenze e soccombeva nella notte per collapsus.

Oss. III.—La signora G... R... figlia di sani genitori, all'età di 8 anni, dopo aver sofferto grave spavento, ammalava di un'affezione convulsiva, a forma accessuale: la quale durò due anni, e fu curata con mezzi attivi, non escluse le sottrazioni sanguigne. Appalesò sempre dopo ciò un'esagerata e morbosa impressionabilità. Mestruazione a 13-14 anni, scarsa ed irregolare, interrotta per una emozione sofferta, durante alcuni mesi al 17° anno. Maritata a 23 anni (1869), trovandosi in discreto stato di salute, benchè avesse apparenze piuttosto gracili, non accusava durante qualche tempo dissesto alcuno di rilievo, tranne la dispareunia. Nell'estate del 1872, — dopo cause reumatizzanti, sostenute durante un periodo catameniale — febbre tifoidea grave, cui facevano seguito: il profondo avvilimento organico, l'amenorrea, e non pochi altri disturbi funzionali; tendenza al sonno ed allo

isolamento, proclività al pianto, apatia e tedio della vita, dolore fisso al capo, esacerbantesi alla menoma tensione intellettuale, epigastralgia ed addolentamento ai lombi, edema alle estremità inferiori.

Tale morbosa fenomenia dopo aver risvegliato le più disparate interpretazioni e resa frustranea ogni terapeutica impresa, perdurava tuttora nell'estate del 1873, quando la Signora R..... ci veniva presentata dal proprio marito. Aveva allora 27 anni; macilento il corpo; sguardo pauroso, e rispondeva stentatamente e male alle nostre domande. All'ispezione trovammo il collo uterino poco sviluppato; insufficiente la sua proiezione in vagina; l'orifizio ed il canale di tanto ristretti, da non permettere il passaggio di una sonda di due millimetri. Questo stato di cose, avvalo rato dallo spoglio dei commemorativi, ci persuase trattarsi di amenorrea per condizione atrofica acquisita degli organi utero-ovarici. Proponemmo senza altro l'incisione del collo uterino, non certo per aprire l'adito al sangue menstruo che non fluiva dall'utero, ma avendo fin d'allora in animo l'applicazione consecutiva di un pessario intra-uterino galvanico; secondo i procedimenti del Simpson e del Greenhalg, i quali assicurano di averlo esperimentato con pieno successo in casi simili — l'utero sviluppandosi attorno questo corpo estraneo, come fa attorno un tumore fibroso od un uovo.

Il nostro piano terapeutico, accettato dal marito, non ebbe egual fortuna presso l'ammalata, e noi la perdemmo di vista; finchè verso il finire dell'Ottobre 1876, scorsi circa 40 mesi dalla nostra prima visita,

fummo vivamente sollecitati a visitarla, trovandosi la medesima in terribili contingenze.

Durante tutto questo tempo la Signora R..... ebbe i consigli e le cure di un altro sanitario, le quali, a quanto pare, consistettero specialmente nella dilatazione continuata della cervice uterina, interrotta solo di quando in quando, da qualche cura balnearia e brevi viaggi di svago. Benchè ne provasse dolore, qualche vantaggio ne trasse l'ammalata; l'eruzione catameniale ebbe pure qualche cenno; parve talora migliorarsi la nutrizione e normalizzarsi lo stato psichico. Ciò non ebbe però mai lunga durata; chè più, verso la primavera, durante tre anni consecutivi, ebbe a soffrire gravissime esacerbazioni, caratterizzate ognora e specialmente: dal forte dolore al capo, dalla febbre, dalle convulsioni e da una perturbazione più profonda delle facoltà mentali, affettive ed istintive. Questo stato durava ogni volta dai due ai tre mesi, ed era dagli astanti giudicato una vera pazzia.

L'ammalata si trovava, al momento della nostra visita, in una quarta crisi di questo genere. Presentava culminanti, fra i molti altri disordini, l'avversione agli alimenti, e la tendenza a fuggire dal letto per gettarsi dalla finestra. Curata coi bagni tiepidi e prolungati, col bromuro di potassio, col ferro e cogli analettici, era condotta, dopo tre mesi di degenza al letto, ad uno stato relativamente soddisfacente, sia di mente che corporale, seguìto anche da una, quantunque scarsa, evacuazione catameniale.

Dominando però sempre quella debolezza nervosa, quell'atonia generale delle funzioni, caratteristica in

tali affezioni, e persistendo anche quella condizione degli organi uterini, la quale, secondo noi, aveva tanta parte nella malattia della Signora R....., credemmo di dover insistere per una cura definitiva; mediante la realizzazione della nostra primitiva proposta. Accettò questa volta l'ammalata, e l'incisione della cervice venne eseguita il giorno 27 del Febbraio successivo (1877). Invece di ricorrere al pessario intra-uterino, ci limitammo alla solita dilatazione colla laminaria. Il risultato riusciva completo, possiamo anche aggiungere, sorprendente.

La funzione utero-ovarica prendeva tosto il suo normale impero, operando sull'intiero organismo della Signora R..... una vera trasformazione. Più nissun ricordo, fosse pur languido, delle patite sofferenze venne d'allora in poi a funestare la sua vita, ed essa allieta presentemente i congiunti e gli amici col suo aspetto florido e singolarmente gioviale.

Oss. IV. — La sig. M.. U.., nullipara, è figlia di padre robusto e di madre morta in età giovane; ha bassa statura, ma forme regolari e proporzionate; sull'integumento cutaneo porta le traccie di pregresse adeniti suppurate. Ebbe la prima mestruazione, verso il 14° anno, la quale continuò sempre scarsa e dolorosa, con frequenti e lunghe interruzioni, accompagnate dai soliti funzionali disturbi riflessi e da turbe nervose isteriformi. Maritatasi a 24 anni, nell'Ottobre 1875, in istato meno che lodevole per rispetto alla funzione utero-ovarica, un mese dopo, appena ritornata da un viaggio faticoso, ricorre ai nostri consigli per gravi

sofferenze, specialmente localizzate nei visceri pelvici; preludio di una metro-peritonite essudativa, acuta prima, a lento andamento in seguito, le cui fasi si protrassero fino allo spirare del Gennaio successivo. Se la medesima non ebbe esito letale, fu certamente dovuto all' energico trattamento da noi istituito, confortati dai consigli dell' egregio Medico Consulente Cav. Canonico.

Dal Febbraio al Giugno 1876, la sig.ª U......, benchè rimessa, nel senso rigoroso, da questa affezione, continuava però a condurre vita gramissima; lamentando quasi costantemente un profondo languore, anoressia, voluminosa tumidezza addominale, punti neuralgici, e interpolatamente turbe nervose, a forma sincopale. L'escrezione menstrua, quando non era mancante, era scarsa e difficile; talora seguìta dall'espulsione dolorosissima di piccoli pezzi carnosi, vere concrezioni sanguigne, per trasformazione, secondo noi, di coagoli fibrinosi soggiornati nella cavità uterina.

Stanca di soffrire, acconsentiva finalmente ad un minuto e diretto esame degli organi uterini, il quale rivelavaci: utero poco sviluppato, collo acuminato e duro; canale cervicale ristretto ed alquanto flesso in corrispondenza dell'istmo. Proposta ed accettata l'incisione della cervice, questa veniva praticata il giorno 26 dello stesso mese di Giugno, nell'intiero tratto dall'orifizio interno al vaginale, previa dilatazione, mediante piccolissime candelette di laminaria, intesa a facilitare l'introduzione dell'incisore. Non occorre aggiungere che, nè l'incisione, nè la metodica dilatazione susseguìta non ebbero a destare il menomo risenti-

mento sia locale che riflesso. Le due prime ricorrenze menstrue furono, sebbene abbondanti, anche più del solito accompagnate da addolentamento pelvico e da dolori simpatici mammarii; ma le successive andarono progressivamente normalizzandosi; come anche non tardava l'ammalata a sentire un senso di benessere spandersi in tutto il suo organismo, conseguenza del ristauro operatosi in tutte le sue funzioni.

Quantunque la dilatazione per circostanze da noi indipendenti fosse solo continuata per breve tempo, il risultato non fu perciò meno decisivo. Da circa 20 mesi la vita della sig.a U...... non venne più attristata da alcun fenomeno morboso, che potesse considerarsi dipendente da qualsiasi disordine della funzione utero-ovarica.

Oss. V. — Il giorno 31 Agosto 1876, veniva da noi la signora L.... G...., giovane donna di 27 anni, di belle forme, ma di aspetto profondamente sofferente. Gli antecedenti, rispetto tanto allo stato generale di salute, che alle funzioni uterine, erano i seguenti. Era figlia di parenti sani, e non aveva avuto altra malattia nelle prime età, all'infuori di una grave pleuro-polmonite, a 12 anni. Era stata sempre regolarmente mestruata dall'età di 15 anni, ed era passata a matrimonio a 18. Contava già cinque parti a termine, i quali, a suo dire, avevano non poco debilitata la sua costituzione prima solidissima. Sempre aveva dovuto interrompere l'allattamento, per l'insorgere di qualche sconcerto funzionale, o delle ragadi al capezzolo. Pochi mesi dopo l'ultimo

parto, avvenuto l'anno antecedente, e dopo avere fatto non lieve spreco di forze in veglie danzanti, fu invasa da profondo malessere, cefalalgia intensa e continua, inappetenza od appetiti bizzarri, viva enteralgia dopo il cibo, grande prostrazione, insonnia. Non accusava tumidezza del ventre, appena un senso di peso e non abbondante scolo leucorroico. La mestruazione era cessata da solo due mesi.

Alla esplorazione bi-manuale, trovammo l'utero ingrossato come al 4°-5° mese di gestazione, l'orifizio esterno dilatato e molle. All'esame *de visu*, il collo si presentava voluminoso, congestionato, di color livido; quasi tutta la sua superficie era coperta da un'ulcerazione fungosa inoltrantesi nella cavità del collo, e da lussurreggianti granulazioni sanguinanti al menomo tocco. Consigliammo all'ammalata iniezioni detersive, il riposo prolungato nella posizione orizzontale, facendo riserva per gli ulteriori provvedimenti; lasciandole però fin d'allora poca speranza che ella potesse protrarre a termine la sua gestazione. Ella partiva per una sua villa poco distante dalla città, ed il giorno 11 del successivo Settembre, colta da doglie espulsive, si liberava di un feto che a noi, ed al medico locale Dott. B......, parve avesse raggiunto il quinto mese.

Verso la fine dell'Ottobre benchè il collo uterino fosse meno voluminoso, meno congestionato, l'ulcerazione non aveva subìto modificazioni apprezzabili, continuando anche un notevole e generale malessere.

Venne allora istituito un regolare trattamento diretto tanto all'affezione locale che allo stato generale

dell'economia, il quale ponevaci in grado verso il Febbraio 1877 di completamente rassicurare la signora G..... sul suo stato di salute.

Nel primo giorno del Maggio successivo, appena 3 mesi dal nostro definitivo congedo, la signora G... richiedeva nuovamente i nostri consigli, e ci invitava a recarci al suo domicilio, non consentendole le sue sofferenze di uscire di casa. La trovammo pallida e contratta nel viso, prostrata di forze. Essendoci informati sul suo stato attuale e sui prossimi antecedenti, ci narrava che, specialmente per compiacere il proprio marito, poco dopo il nostro trattamento essa aveva creduto di dovere accogliere i suggerimenti di altro sanitario, e che da questi era stata assoggettata a ripetute cauterizzazioni della cervice uterina, che essa riteneva praticate con cilindri di nitrato d'argento, le quali erano ognora accompagnate da un senso di vivo bruciore e seguite da abbondante scolo leucorroico. L'ultima mestruazione era avvenuta nel principio dell'antecedente Aprile. Da quell'epoca tutte le sue antiche sofferenze erano andate risvegliandosi: cefalalgia continua, epigastralgia, avvilimento estremo di forze. Aggiungevansi ora: peso al basso ventre, violenti dolori in tutta la regione lombare, e anche qualche trafittura alle regioni ovariche; nessuna perdita di qualsiasi natura. L'utero, quantunque ingrossato, non eccedeva quelle proporzioni che spesso si incontrano nell'imminenza catameniale presso le moltipare. Il collo era sano, ma turgido, e come stirato da alcune ripiegature a forma di stella verso l'orificio vaginale; il quale appariva

come un foro appena visibile, che nissun specillo poteva traversare, e circondato da un cerchio bianco lucente, evidentemente formato da denso tessuto cicatriziale. Il nostro pensiero non poteva non correre rapido ad un caso di dismenorrea per stenosi della cervice, con probabile complicanza di un fatto congestizio uterino in via di svolgimento. Proposta ed accettata l'incisione, questa veniva eseguita l'indomani, in tutta l'altezza della coartazione, 12-15 mm. La porzione superiore trovandosi affatto libera, in quel giorno stesso potevamo introdurre, facendola penetrare con tutta facilità e nell'intera sua lunghezza di circa 5 $^1/_2$ cent. una piccola candeletta di laminaria. Il sollievo dell'ammalata fu immediato, in quella parte almeno delle sue sofferenze che avevano nesso più diretto colla condizione anormale dell'utero; ma nè quel giorno, nè nei susseguenti appariva vera perdita sanguigna, che indicasse lo scioglimento di un fatto dismenorroico. Rinnovammo ciò non ostante l'introduzione di qualche candeletta di piccolo calibro, onde opporci alla proliferazione del tessuto cicatriziale, la quale più rigogliosa e rapida che in qualsiasi altro caso da noi osservato minacciava una nuova occlusione; e tenemmo l'ammalata in osservazione; spiando attentamente ogni fenomeno che potesse esserci di guida ad un più esatto diagnostico. Scorso di là un mese, di fronte ad un evidente sviluppo dell'utero, che nella fattispecie non poteva ricevere altra spiegazione, annunziavamo alla signora G... lo stato di gestazione. La medesima, benchè dicesse di *non sentirsi come le altre volte*,

ebbe ben presto lo stesso convincimento, e dopo aver percorse le ulteriori fasi della gestazione, in istato di salute relativamente lodevole, nella notte del 30 Dicembre successivo, si sgravava di un prodotto bensì poco sviluppato, ma certamente maturo, il concepimento risalendo indubitatamente al principio dell'aprile antecedente; in epoca, vale a dire, in cui la coartazione — forse per non avere peranco partecipato a quell'incremento di nutrizione, che la gestazione imprime a tutti i tessuti della matrice — non aveva ancora raggiunto l'estremo limite d'occlusione da noi constatato.

Un tale esito, in una gestazione che si annunziava con sì tristi presagi, fu specialmente dovuto, a nostro avviso, all'intervenuto atto operativo; il quale col togliere una potente causa di irritazione nella cervice uterina — dovuta certamente in questo caso all'impedito distendimento dei tessuti, per il fatto della coartazione — e col favorire la risoluzione di un fatto congestizio già iniziato, ovviava efficacemente al distacco prematuro dell'uovo.

Oss. VI. — La signora C... Sch..., Svizzera, da poco tempo domiciliata in Torino, ha 27 anni - maritata da tre anni - nullipara. Padre sano e robusto, madre soggetta ad affezione emorroidaria, non che a dolori reumatoidi articolari. Varcato appena il primo anno d'età, ammalò per dissenteria, durata più mesi, causa, a suo dire, della costituzione, che essa rivela molto più delicata che gli altri membri della sua famiglia. Al 6° anno, attacco di laringite soffocativa, la quale

andò rinnovandosi, durando 5 o 6 giorni, ogni primavera susseguente, fino al 14° anno, in cui comparve la mestruazione. Questa, ognora annunziata dalla recrudescenza di un'efflorescenza pustoligena sviluppatasi sul volto e alquanto anche sul dorso, sempre assai scarsa ed in ritardo, cominciò, dopo una interruzione di circa sei mesi, senza causa conosciuta, ad accompagnarsi verso i 19 anni con un senso di dolorosa tensione ai plessi emorroidarii; la quale andò per qualche tempo alternandosi, ora con un grave indebolimento della vista, ora con accessi di laringite soffocativa, e talora anche con dolori sia articolari, sia localizzati alla palma delle mani. Il matrimonio non solo non emendava questo stato, ma dopo il medesimo si aggiunsero forti dolori alle fosse iliache nelle ricorrenze menstrue, quasi sempre in ritardo di una, due o più settimane; una tediosa cefalalgia alternavasi coll'epigastralgia; dispepsia; dimagramento ed indebolimento generale. Curata colla guida di differenti criteri, e con mezzi anche i più disparati, compresa l'applicazione di pessarii vaginali, la signora Sch... non riusciva a migliorare la sua condizione. Nell'Agosto 1877, dopo un esame fatto *de visu*, il quale ci autorizzava a ritenere causa principale dell'insufficiente e disordinata secrezione catameniale, uno stato atrofico dell'utero, associato ad anormale stringimento del canale cervicale, procedemmo all'incisione.

La signora Sch.. era poco tempo dopo talmente allietata dai benefizi avutine, tanto rispetto alla funzione menstrua, quanto al riguardo del gene-

rale benessere, che scrivendo alla propria madre ne parlava come se si fosse trattato di vero portento, e non piuttosto di risultato, dovuto ad una delle più semplici pratiche della chirurgia. Essa continuò d'allora in poi a godere uno stato di salute lodevolissimo.

Oss. VII.—La sig. E... Gio..., 26 anni, strabica e leggermente claudicante fin dalla nascita; maritata da tre anni; nullipara. Sebbene esile di corpo e di apparenze delicate, non ha precedenti morbosi appartenenti alle prime età. Nel 1872, avendo allora 18 anni, mentre era educanda in un Istituto di Palermo, veniva côlta improvvisamente da crudeli trafitture, con intorbidamento di vista all'occhio sinistro, delle quali essa non sa chiarire la significazione patologica, ricordando soltanto, che sul luogo venivano designate col nome di *chiodo siciliano*, e che cedettero prontamente dopo l'iridectomia praticatale un mese dopo in Torino, dal prof. Reymond. Nel 1875, dopo una notte passata ballando, sul finire di un periodo catameniale, contrasse una grave malattia la quale, iniziatasi con forti dolori all'epigastrio ed alle fosse iliache, percorreva le fasi della metro-peritonite, e riducevala in breve in uno stato di profondo deperimento. Oltre il senso di stanchezza, la tendenza al pianto, la cefalalgia, l'anoressia, ecc., essa avvertiva un continuo dolore alle regioni ovariche, specialmente destra; il quale estendevasi, trasformandosi in senso di molestissimo stiramento alle coscie. La mestruazione, prima sempre regolare e copiosa, era quasi totalmente deficiente e

sostituita da uno scolo leucorroico continuo. Un'abbondante perdita, sopraggiuntale circa un anno dopo, di materia muco-purulenta, come da rottura subitanea di una cisti, portava qualche sollievo a questa miseranda condizione; ma non cessava perciò la leucorrea, nè il dolore alla fossa iliaca destra; e la mestruazione era tuttora scarsa, e sempre preceduta od accompagnata da emicrania, nausee e conati di vomito, addolentamento ai reni. Denutrita, triste, inabile a qualsiasi applicazione, era andata per lunghi mesi sperimentando invano le comuni risorse, non escluso il misterioso intervento del sonnambulismo, quando verso il Maggio 1878, essendo alquanto incruditi i suoi malanni, volle avere il nostro consiglio. L'utero appariva di volume normale, ma antiflesso. L'orifizio vaginale, quantunque ristretto, poteva superarsi con specillo bottonato; in nissun modo l'interno, apparentemente in causa della flessione uterina. Non volendo affaticare l'ammalata con inutili e dolorosi tentativi, procedemmo, il giorno 10 Maggio, all' incisione della porzione inferiore del canale; facendo affidamento sugli effetti dello svuotamento vascolare e sull'allargamento dell'orifizio vaginale, per agevolarci il passaggio cogli strumenti e meglio riconoscere la causa della costrizione. Avveratasi la nostra previsione pochi giorni dopo, e completato lo scandaglio, trovammo: flessione ad angolo pronunciato all'istmo; costrizione in corrispondenza del medesimo, come da cercine calloso ed estremamente sensibile; finalmente allungamento del diametro verticale della cavità uterina. Non fu più difficile per noi di percorrere col

pensiero la vera storia patologica di quest'affezione; la quale, cominciata con un disturbo nell'evacuazione menstrua, aveva in seguito percorso le fasi della ritenzione e della dilatazione uterina; finalmente dell'endometrite cronica.

La flessione ci parve in questo caso un fatto acquisito, conseguenza della pressione esercitata dalla visceratura intestinale sul corpo dell'utero, quando questo dovette trovarsi disteso per il fatto della ritenzione, e convertito in una sorta di sacco membranoso. Benchè avessimo completata l'incisione all'orifizio interno, poca era in noi allora la fiducia di riescire a correggere sufficientemente senza ulteriore atto operativo, una curvatura così pronunziata, tanto meno di sciogliere ed ammollire colla dilatazione, una coartazione in un punto tanto morbosamente sensibile. I nostri timori ebbero però breve durata; chè dopo il passaggio e la permanenza di alcune candelette, tollerate con ammirabile pazienza dall'ammalata, non tardava ad apparire un abbondante scolo di aspetto leucorroico, foriero di una manifesta risoluzione che andava operandosi nei tessuti morbosi della matrice. Ammollita la coartazione, fattosi assai meno acuto l'angolo della flessione, le candelette ebbero più facile accesso nella cavità uterina, e poterono in tempo, relativamente breve, spiegare tutta la loro azione salutare. Anche la funzione utero-ovarica era presto ricondotta alla sua espressione fisiologica; durando ora l'evacuazione catameniale da tre a quattro giorni, senza arrecare la menoma sofferenza. La signora Gio... è oramai ricondotta al suo perfetto stato di salute, e

non parla più delle patite miserie, che per esprimere la sua gratitudine per le cure ricevute.

Il caso da noi tratteggiato nell' oss. V, interessa non solo il nostro speciale punto di vista, ma offre al ginecologo argomento ad altre considerazioni, che non crediamo di dovere completamente pretermettere.

Esso riflette, come si è visto, una vera occlusione uterina, per coartazione della cervice, orditasi durante la gestazione, e fattasi cagione di sofferenze intollerabili e di spasmi, i quali minacciarono, molto seriamente, a nostro avviso, di compromettere l'ulteriore sviluppo dell'uovo.

Ora, se per una parte esso non fa che aggiungersi a quegli altri casi di obliterazione della cervice uterina, durante la gestazione, per l'effetto dell'infiammazione, delle applicazioni caustiche, od altre condizioni tuttora ignote, raccolte ormai in gran numero dagli autori (Depaul, Pilat di Lille, Latour, Dance, Thomas Simpson, Wright, Waller, Lauverjat, Martin, Piron e altri); per l'altra, il medesimo protesterebbe contro un'opinione già da tempo espressa dal Mattei, e recentemente ripetuta dal Piron (1), secondo la quale, l' occlusione uterina, tanto parziale che completa, sarebbe un accidente affatto innocuo, durante la gestazione,

(1) *De l'occlusion de l'utérus et de l'hystérotomie vaginale*, par le Deur Louis Piron. Liège, 1878.

senza influenza alcuna sul suo andamento, e che non acquisterebbe particolare importanza se non al momento del parto, per rispetto tanto ai pericoli che alle indicazioni operatorie.

Nè dobbiamo credere si tratti di fatto meramente eccezionale, poichè lo stesso Piron, nella sua pregiata monografia, riferisce due casi di obliterazione del collo, in cui la gestazione venne interrotta nel settimo e nell'ottavo mese, ed in cui il Chambaud ed il Tarnier dovettero intervenire, mediante l'isterotomia vaginale; e nella nostra pratica ginecologica ci occorse altra volta di dover provvedere in circostanze, se non identiche, sotto certo aspetto almeno assai somiglianti a quelle da noi descritte.

Una giovane signora, dopo due parti a termine, aveva sofferto di metrite granulosa, curata colle causticazioni, ed era da qualche tempo dismenorroica. In seguito a ripetuti e violenti strapazzi corporali, sostenuti specialmente cavalcando, mentre la mestruazione era in ritardo di alcune settimane, fu presa subitamente da addolentamento ai reni ed al sacro, senso di peso al basso ventre, tensione rettale, sintomi saburrali e reazione febbrile. Per l'effetto del riposo, dei leggieri emeto-catartici e di un sanguisugio ai vasi emorroidali, dopo alcuni giorni questo stato pareva completamente dissipato; quando sopraggiunsero violentissime doglie al basso ventre, con andamento accessuale, accompagnate dall'apparizione di alcune goccie di sangue. Durante il parossismo, essa non poteva frenare le grida e le lacrime, ed era costretta a contorcersi letteralmente durante alcuni momenti,

ora coricata sul letto, ora seduta su altro mobile. Le nausee quasi continue, ed interrotte frequentemente da violenti conati di vomito. Le calde applicazioni, le docciature ed i clisteri anodini, attutivano per qualche tempo la sensibilità e calmavano alquanto l'orgasmo nervoso dell'ammalata; ma non riescivano a far cessare i dolori, i quali, dopo avere durato, alternati ai periodi di calma, quattro o cinque giorni, assunsero il carattere espulsivo, ed un'intensità veramente atroce, da rendere imperioso un pronto provvedimento.

All'esame *de visu*, l'utero era ingrossato, senza che però il suo volume eccedesse i limiti che accompagnano spesso la congestione infiammatoria e la dismenorrea per ritenzione. Il collo era turgido e voluminoso, congestionato, tendente al livido, doloroso al contatto degli strumenti; piccoli coaguli sanguigni erano appiccicati alla bocca uterina. L'ordinaria sonda uterina, appena traversato l'orifizio vaginale del canale cervicale, veniva arrestata all'altezza di pochi millimetri da resistente e dolorosissima costrizione. Questa poteva appena venir superata da un piccolo catetere di gomma di 2 mm., il quale percorreva un tratto di circa 4-5 centimetri senza essere arrestato; il che dava la misura dell'allungamento congestizio dell'intiera cervice. Si trattava, secondo noi, di restringimento per congestione infiammatoria lungo il tratto superiore del canale, e di vera coartazione, da tessuto calloso e cicatriziale, alla porzione più inferiore, simile a quelle descritte dall'E k l u n d; consecutiva questa, ragionevolmente pensando, al pregresso processo in-

fiammatorio, e forse anche in parte alle caustica-zioni praticate. Di fronte a tali soggettive risultanze, quelle sofferenze dovevano necessariamente venir riferite all'infiammazione uterina, complicata, o da una dismenorrea meccanica, con formazione e permanenza di coagoli sanguigni nella cavità uterina — o dalla presenza nella stessa di qualche altra formazione anomala, in via di essere espulsa; tanto più che l'ammalata assicurava che non poteva trovarsi in istato di gestazione. Il provvedimento essendo urgente, parve a noi anche chiara e precisa l'indicazione. Ricordando i vantaggi dell'incisione profonda della cervice uterina, tanto vantata, fra gli altri, specialmente da Tilt, nei casi anche di semplice congestione, od ipertrofie dolorose, e pensando alla necessità ad ogni modo di togliere una coartazione, la quale — oltre la parte che potesse già avere per se stessa in quelle insopportabili sofferenze — coll'opporsi rigidamente allo svuotamento dell'utero, avrebbe certamente potuto determinare le più gravi accidentalità, praticammo lo sbrigliamento della porzione inferiore della cervice secondo il solito nostro procedimenso dell'incisione superficiale. Seguiva, colla perdita di pochi grammi di sangue, un marcato sollievo, e l'ammalata poteva gustare un sonno riparatore. Giunta la notte del giorno seguente e risvegliatisi i dolori espulsivi, cominciava la perdita di sangue coagulato in una certa quantità, seguìta verso il mattino dall'eliminazione di un embrione di cinque a sei settimane.

Notevolmente mite presentavasi l'ulteriore andamento della malattia, e l'ammalata poteva completamente ristabilirsi in pochi giorni dalle conseguenze di un fatto, evidentemente legato ad un violento processo congestizio ed infiammatorio, senza ricorrere a speciali compensi terapeutici, tranne il riposo nella posizione orizzontale.

Si trattava pertanto, nella fattispecie, di un'occlusione parziale della cervice uterina, per organizzazione di tessuto essudativo, favorita dal processo infiammatorio e dalla congestione inerente alla gestazione, la quale, coll' opporsi al naturale distendimento e rammollamento dei tessuti, dovette agire quale causa irritante ed eccitante degli spasmi uterini, e quindi concorrere all' arresto della gestazione. Se l' operato sbrigliamento non valse a prevenire il distacco dell'uovo, esso, mentre per una parte vuotando i vasi cervicali favoriva la risoluzione del processo infiammatorio, per l' altra, col rendere cedevole la cervice uterina, ovviava anche indirettamente a quelle complicanze di metro e pelvi-peritonite, che non sono rara conseguenza dei fatti patologici simili a quello da noi sommariamente esposto.

Nel suo *Traité Élémentaire de Chirurgie Gynécologique*, pubblicato testè a Parigi, il Leblond, accennando all'incisione della cervice uterina, dice: « Gaillard Thomas *(Diseases of Women, 1874)* a « modifié légèrement cette opération. L'incision, qui

« comprend l'orifice interne du col et s'étend à toute
« l'étendue du canal cervical, intéresse la muqueuse
« et seulement les couches superficielles du paren-
« chime..... L'incision est pratiquée au moyen de
« l'instrument connu sous le nom d'hystérotome de
« White. Cet hystérotome qui présente les cour-
« bures d'un hystéromètre étant introduit au delà de
« l'orifice interne on fait saillir au moyen d'un mé-
« canisme spécial deux petites lames cachées dans
« l'épaisseur de la tige et l'on retire l'instrument ».

La modificazione del Gaillard Thomas consiste, come appare evidente, nell'incisione superficiale, secondo il procedimento nostro e del Peaslee di New York; l'isterotomo del White ricorda esattamente l'*incisore* da noi fatto costrurre, ed adoperato fino dal 1872. Ciò osserviamo, non già per sollevare una futile, quanto sterile questione di priorità; ma unicamente per compiacerci nella speranza, che un procedimento introdotto nella pratica quasi contemporaneamente da punti così diversi del campo medico, sia per racchiudere in sè, se non la perfezione, almeno quel tanto di buono, da meritarsi una seria e larga esperimentazione per parte dei ginecologi.